UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 205

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

Hémorragies dans le Cancer du Rectum

AU DÉBUT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1920

PAR

Pierre JAN

né le 15 janvier 1891 à Paris (Seine)

Décoré de la Croix de Guerre

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, professeur, *président.*	
	VIRES, professeur	*Assesseurs*
	LEENHARDT, agrégé	
	ETIENNE, agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1920

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 205

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

Hémorragies dans le Cancer du Rectum

AU DÉBUT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Juillet 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Pierre JAN

né le 15 janvier 1891 à Paris (Seine)

Décoré de la Croix de Guerre

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse : FORGUE, professeur, *président.* — VIRES, professeur — LEENHARDT, agrégé — ETIENNE, agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✻).....	Doyen
FORGUE (O ✻).....	Assesseur
IZARD.....	Secrétaire

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✻.)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT (✻).
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✻).
Physiologie.....	HEDON (✻).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP. (✻)
Anatomie.....	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✻).
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES. (✻).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✻).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN(✻).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N.
Médecine légale et toxicologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (✻).
Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	VEDEL prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU(✻),ag.l.(ch.de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN,(✻)a.l.(ch.de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards..	EUZIÈRE, agrégé, (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé, (ch.de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé,(ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON, ✻ (✻) l. (ch. de c.)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELTT, (✻).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIÈRE.	PECH ✻ (ch d'agr.).
GAUSSEL. (✻). ✻	J. DELMAS. ✻	VALLOIS ✻ (ch.d'agr.)
RICHE.	RIMBAUD. ✻	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. FORGUE, *Professeur, Président*; VIRES. *Professeur*;
LEENHARDT, *prof. agrégé* ; ETIENNE, *prof. agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Bien faible témoignage pour tout l'amour dont elle entoura notre jeunesse.

A LA MÉMOIRE DE MES SŒURS

A MON PÈRE

Hommage bien modeste pour tant de sacrifices.

A MES SŒURS

Témoignage d'une reconnaissance sans bornes.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

AVANT-PROPOS

Voici enfin arrivé l'heure si longtemps désirée par nous. La guerre étant venue interrompre nos études alors que nous commencions à soulever l'un des coins du voile qui cache toute cette science médicale si captivante, si réconfortante ; mais aussi parfois si décevante.

Sorti indemne de la « Grande Tourmente » plus heureux que beaucoup hélas de nos camarades et amis qui tombèrent là-bas fauchés en pleine jeunesse.

« Que cet humble ouvrage soit le gage du souvenir indélibile qu'ils ont laissé en notre mémoire ».

De retour après l'armistice dans notre vieille école Montpelliéraine, nous reprenions nos études si brutalement interrompues en 1914, aidés par nos maîtres si dévoués qui depuis deux ans se dépensent sans compter pour nous faciliter ce travail intensif. Grâce à eux nous avons pu parfaire notre éducation médicale et arriver, enfin aux termes de notre carrière d'Etudiant. Avant de les quitter, qu'il nous soit permit de leur exprimer toute notre reconnaissance. Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Forgue, d'avoir bien voulu accepter la Présidence de ce très modeste travail.

INTRODUCTION

S'il est une affection obscure dans ses débuts c'est bien le cancer du Rectum. Par ses symptômes communs avec les affections banales de l'intestin, par ses signes que l'on rencontre chez des constipés habituels, par son évolution compatible pendant un certain temps avec une bonne santé apparente on voit très souvent arriver au chirurgien des malades dont l'extension du mal ne permet plus d'intervention utile. Souvent, il faut le reconnaître ; de ces inopérables le premier symptôme les a conduits au médecin à une période avancée de l'affection. Mais parfois aussi le médecin insuffisamment averti néglige l'importance de ces signes, qu'il est si facile d'imputer à une affection banale, et ce n'est que devant l'aggravation rapide du tableau clinique que le toucher rectal est pratiqué. Mondor ne rapporte-t-il pas dans sa thèse l'exemple de ce médecin qui de son fauteuil annonçait à sa malade avec un « courtois optimisme », « soyez rassuré car cette hémorragie vraiement opportune vous préserve à coup sur d'une attaque d'apoplexie ».

On a beaucoup fait et surtout beaucoup publié en ce qui concerne le traitement du cancer du Rectum. Cet effort est très louable en présence de cette localisation du cancer la plus terrible peut-être qu'il soit, mais on trouve peu d'études sur les modes du début de l'affection. Cependant du diagnostic précoce dépend non seulement l'opérabilité du malade, mais encore la béni-

gnité plus grande de l'acte opératoire et les espérances que l'on peut avoir de l'intervention.

Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Forgue trois observations dans lesquelles le début clinique du cancer s'est révélé par des hémorragies ayant revêtu un caractère un peu spécial. C'est à leur sujet que nous reprendrons l'étude des formes débutant par des pertes de sang depuis l'écoulement peu abondant, aux rectorragies. Nous insisterons d'une façon particulière sur l'hémorragie soudaine et massive qui se rencontre parfois au début, que M. le Professeur Forgue a noté, plusieurs fois au cours de ses observations et qui représente une forme de début à bien connaître et à isoler parmi les nombreux aspects cliniques, que prend cette affection dans les premiers stades de son évolution. Car chacun des symptômes de la période d'état peut-être le premier en date. Le Professeur Quenu pense qu'à part ces cancers latents qui rappelent le cancer de l'estomac et qui ne se manifestent pendant longtemps que par des troubles de l'état général, les deux signes initiaux les plus significatifs sont les hémorragies d'abondance variable et les faux besoins. Viennent ensuite les troubles fonctionnels constipation et débacles diarrhéiques, enfin la douleur. Sans méconnaître ces diverses formes nous nous proposons d'étudier dans ses détails celle qui débute par des pertes sanguines, c'est celle qui effraie le plus le malade et l'amène souvent à consulter. C'est celle aussi qui doit éveiller l'attention du médecin et forcer l'exploration rectale. D'ailleurs ce signe est non seulement le plus fréquent mais encore le plus préoce. Sur 65 observations de cancer du Rectum que nous avons pu consulter nous le retrouvons précoce dans 38 d'entre elles. C'est dire l'intérêt de son étude.

ETUDE CLINIQUE

Les hémorragies sont le symptôme alarmant et se présentent soit spontanément, soit provoquées par une selle un toucher rectal un lavement. Leur précocité est parfois très grande. Le Professeur Quenu cite des cas où elles ont précédé de deux et quatre ans les premiers symptômes. Ce sont des cas exceptionnels au sujet desquels on a prononcé le nom « d'hémorragies précancéreuses » les comparants ainsi aux hémmoragies prétuberculeuses. Il nous parait surprenant qu'une lésion si elle est du cancer surtout de l'épithélioma cylindrique puisse rester latente pendant des années après avoir provoqué une abondante hémorragie qui témoigne d'un certain désordre tissulaire. En général les hémorragies sont moins précoces et nous en retrouverons deux qui ont précédé de un an les autres symptômes, une huit mois, une de deux mois, trois qui ont été suivies de troubles fonctionnels.

On pourrait certainement multiplier les formes de ces hémorragies. Même dans les cas que semble-t-il on peut rapprocher, on retrouve des différences de détail appréciables, mais il nous a paru utile de les grouper et à la lecture des observations on peut les ramener à trois types cliniques parfaitement définissables.

1° Les hémorragies initiales massives ;

2° Les saignements ;

3° Les filets de sang dans les selles ;

Les hémorragies initiales massives sont celles émises spontanément en général et en dehors des selles, d'une abondance d'un verre et plus sans qu'aucun symptôme ait attiré l'attention du côté du Rectum ou de l'état général.

Les saignements sont les émissions sanguines moins abondantes que ces premières presque toujours émises à l'occasion d'une selle et rappelant en tous points les saignements hémorroïdaires.

Quant aux *filets de sang* dans les selles il se définissent par eux mêmes.

Les Hémorragies initiales massives

C'est la forme la plus curieuse du début du cancer du Rectum et c'est sur elle que nous voulons insister. Cette hémorragie est signalée simplement en quelques lignes dans les travaux originaux sur la question et il semble que sa valeur n'ait pas été mise suffisamment en lumière. Le Professeur Quenu, dans un article de la Revue de Chirurgie de janvier 1897, les signale et en donne des exemples résumés mais plus tard dans une leçon faite en 1914, à l'hôpital Cochin, il ne les cite pas et les confond avec les saignements provoqués par l'émission des matières dont nous avons voulu les séparer. Mondor dans le beau travail sur le cancer du Rectum qui constitue sa thèse inaugurale insiste un peu plus. Il nous a paru qu'elles étaient un signe de grande valeur par leur fréquence et par leur précocité et qu'elles méritaient d'etre dégagées des symptômes du début représentant un avertissement inférieur pour le médecin.

Elles sont fréquentes si nous nous en rapportons aux observations que nous avons recueillies : sur les 38 ob-

servations retrouvées nous les rencontrons 12 fois. Dans quelques observations leur précocité est très grande. Mondor dans sa thèse cite des cas où l'hémorragie s'est montrée 6 ans et 10 ans avant l'époque où la malade est venue consulter. Il faut convenir que ce sont des cas exceptionnels ; en général le temps écoulé est moins long et la moyenne est de quelques mois à un an. Nous résumons ici quelques observations qui mieux que des descriptions auront toute l'éloquence des faits.

Observation due à l'obligeance du professeur Forgue. — P. E. cultivateur 49 ans, entré à l'hôpital suburbain, Salle Delpech n° 13, le 15 octobre 1919, pour hémorroïdes. Début par hémorragie intestinale abondante un demi litre de sang pur, survenue sans cause apparente, en dehors d'une selle, et en bonne santé, il y a deux mois ; sang dans les selles à diverses reprises depuis. Selles normales pas de peaux, ni fausse membranes, pas de besoins fréquents d'aller à la selle. Etat général peu touché. Appétit conservé. Rien dans les antécédents. Au toucher tumeur bourgeonnante très fixée occupant surtout la paroi postérieure du Rectum à 4 centimètres de l'anus; l'extrémité supérieure est atteinte difficilement par le doigt. Le 25 octobre anus iliaque. Etat jugé inopérable.

Observation (professeur Quénu). — Une malade raconte qu'il y a 18 mois ne ressentant aucune douleur et croyant bien se porter elle perdit un jour en allant à la selle un bon verre de sang. Cette perte se reproduisit plusieurs fois dans les mêmes proportions puis disparut pour faire place trois mois après à de petits suintements intermittents. Actuellement carcinome annulaire à 8 ou 10 centimètres de l'anus.

Observation (professeur Quenu . — Un homme de 55 ans, deux ans avant l'époque où il vint consulter

pour cancer annulaire présenta une première, puis une deuxième hémorragie très abondante (un litre dit le malade) ; les saignements s'espacèrent ensuite et se mêlèrent à des écoulements glaireux.

Observation (professeur Quenu). — Malade (hôpital Cochin, Salle Cochin, n° 20, mars 1895, entré à l'hôpital pour cancer du Rectum. Hémorragie initiale 4 ans auparavant.

Observation (professeur Quenu). — E. L. (hôpital Cochin, Salle Bichat 6, 13 octobre 1892). Le mal s'annonça au commencement juillet 1892, par une hémorragie post-fécale qui se reproduisit trois fois dans la même journée et qui au dire du malade occasionna une perte de sang de plus d'un litre ; au mois de septembre 1892, nouvelle hémorragie qui affaiblit le patient au point de l'obliger à interrompre son travail ; puis seulement alors apparurent les douleurs et les difficultés dans la défécation.

Observation (Mondor). — M. A. constipation depuis avril 1903, envoyé à Plombières pour arthritisme. En avril hémorragie (un verre) quelquefois depuis un peu de sang dans les selles ; douleurs dans la région coccygienne. Au toucher à 6 centimètres de l'anus épaississement en forme de bourrelet qui arrête le doigt. Le 27 septembre 1903 (M. Hartmann) amputation très pénible l'épithelioma avait envahi la protaste et le cul de sac vésico-rectal. Mort 5 jours après.

Observation (Mondor) A. . . . 54 ans, opéré pour fistule en 1897, à deux reprises en huit jours. L'hiver dernier un soir, en train d'écrire, se sent mouillé, regarde, sang sur sa chemise. Il y a 4 mois, même accident, il y a 4 jours même accident (toujours sans prodrome sans douleur). Le 27 octobre 1910, au toucher

rectal, ulcération dure, circulaire, occupant l'ampoule au niveau de sa partie moyenne. Le 15 novembre 1910, amputation abdomino périnéale, bonnes suites opératoires. Meurt le 26 février 1911, avec des signes de grippe infectieuse et sans récidive.

Observation (Mondor). — G. . . . 38 ans. Entré à Bichat, le 31 décembre 1911, pour douleurs sacrées et envies fréquentes. Il y a 4 ans hémorragie pendant défécation. Il y a 3 ans coliques fréquentes, des membranes dans les selles ; il y a 2 ans incontinence des matières. Au mois d'août 1911, douleurs abdominales généralisées. Depuis mictions fréquentes. Toucher rectal : le doigt s'engage à frottement dans un étroit défilé qui immédiatement au dessus de l'anus semble occuper toute la circonférence du Rectum et être limité par un bourgeonnement dur et inégal. Le 26 décembre 1911, amputation abdomino périnéale avec abaissement de l'intestin. Bonnes suites opératoires.

Dans ces observations l'hémorragie est bien le premier signe. Elle surprend le malade en bonne santé apparente et se montre brusque et abondante. Dans les observations suivantes l'hémorragie massive a été précédée de quelques jours seulement par quelques petits signes avertisseurs.

Observation (due à l'obligeance du professeur Forgue. — T. F. 55 ans, entré salle Delpech, n° 22, hôpital Suburbain le 8 août 1919, pour douleurs sacrées et suintements sanguin par l'anus. En mars 1919, quelques gouttes de sang avec les matières, pas de douleurs, état général non altéré. Le 12 avril, à la suite d'un effort fait pour déterrer un soc de charrue hémorragie abondante d'un demi litre de sang environ en dehors de toute selle. Jamais d'autre hémorragie depuis. Mais un mois après écoulement glaireux. A son entrée douleurs sacrées

continuelles avec irradiation dans les régions inguino-crurales, écoulement continu de glaires sanguinolentes. Au toucher à 4 centimètres de l'anus, tumeur bourgeonnante occupant toute la circonférence du Rectum mais développée surtout sur sa paroi postérieure, bord supérieur inaccessible au doigt. L'ensemble est très fixé. Cas jugé inopérable. Anus iliaque le 22 août 1919.

Observation (Mondor). — Geneviève F.., vingt-trois ans. Il y a onze mois après avoir perdu pendant huit jours un peu de sang parmi les gardes-robes, a été prise d'une hémorragie grave (après dîner au moment de mettre son chapeau). Perd connaissance, aucune douleur : l'hémorragie énorme sur le plancher fut évaluée à plusieurs litres (?). Depuis cette époque envies fréquentes, cependant depuis onze mois défécation difficile, nécessité de lavements. Au toucher rectal : Presque immédiattement au-dessus du spincter le doigt pénètre dans une cavité anfractueuse bien développée surtout en avant. Pour trouver le canal intéstinal il faut le contourner en arrière ; alors, défilé retréci, inégal, qui vient sur le doigt pendant que la malade pousse. Amputation périnéale du Rectum et résection de la paroi postérieure du vagin. Neuf mois après anus iliaque pour carcinome récidivé au niveau de la fourchette vulvaire et de la fosse ischio-rectale droite. Le 7 décembre 1903, mort.

En général, après l'hémorragie initiale l'évolution clinique suit son cours et apparaissent plus ou moins rapidement d'autres signes fonctionnels qui amènent le malade à la période d'état. Mais parfois le mal reste latent après l'émission sanguine comme dans le cas suivant.

Observation (Mondor). — H.., soixante ans. En mai 1910 (rien avant) sent une colique, va au cabinet rend du sang en abondance ; pendant la nuit qui suit plu-

sieurs petites hémorragies, puis un an sans trouble. En mai 1911, en voyage, coliques suivies d'hémorragies ; depuis cette époque douleurs et diarrhée. Il y a un mois douleurs abdominales, mictions fréquentes, constatation de pus dans les urines. Lavages. Sonde à demeure. Odeur fécale des urines, gaz à la fin de la miction. Au toucher prostate volumineuse. Tumeur recto-sigmoïdienne. Colostomie iliaque gauche.

Si nous essayons de grouper les caractères par lesquels ces hémorragies se présentent en clinique, nous voyons qu'elles frappent surtout par leur *brusquerie* et leur *abondance*. Ce sont, en effet, ainsi qu'elles sont significative et qu'elles ont toute la valeur que nous voulons leur attacher ; sauf dans trois observations, elles surprennent les malades au cours de leurs occupations par exemple ce malade se sentant mouillé en train d'écrire ou cette autre faisant son hémorragie au moment où elle met son chapeau.

La quantité du sang émise est toujours importante et nous pensons que doivent entrer dans cette catégorie seulement les hémorragies qui représentent un verre et plus de sang. Certaines mêmes sont très abondantes, tels ces malades du professeur Quénu, qui évaluent leurs hémorragies à plus d'un litre. En tenant compte de l'exagération habituellement rencontrée de ces malades on peut certainement conclure à une grande quantité de sang émis. D'ailleurs dans certains cas l'hémorragie a provoqué des troubles généraux et exigé un traitement hémostatique.

Un autre caractère important et qui nous a permis de les définir consiste dans le fait d'être *massives*. Elles ne sont pas mélangées à des matières ou à des glaires et si elles sont provoquées comme dans quelques rares cas par une selle, elles sont émises soit avant, soit après les matières, mais jamais avec elles. D'ailleurs le sang

émis est rouge vif. C'est du sang frais. Ceci est probablement dû à l'abondance de l'hémorragie qui commande l'expulsion immédiate et empêche le séjour dans le Rectum comme dans la forme suivante.

Enfin à aucun moment nous ne retrouvons des douleurs avant ou au moment de l'émission pas de sensation anormale à l'anus ou au périnée pas d'épreinte. Sinon parfois un besoin impérieux d'aller à la selle phénomène réflexe conditionné par la réplétion du Rectum. Dans un cas, c'est la sensation d'humidité des vêtements qui a signalé au malade son hémorragie.

Si ces rectorragies sont abondantes, elles se répètent un petit nombre de fois, deux ou trois fois au plus, ou bien dans la même journée et on peut considérer que c'est la même hémorragie qui suit son évolution, ou bien à plusieurs mois d'intervalle pendant lesquels le malade n'observe pas de troubles. Mais elles s'arrêtent spontanément et font place à des troubles fonctionnels ou à des saignements peu abondants. C'est donc par leur abondance plus que par leur fréquente répétition qu'elles peuvent provoquer des troubles d'anémie.

En résumé, rectorragies brusques, abondantes, massives surprenant le malade en bonne santé apparente tels sont les caractères cliniques qui caractérisent cette importante catégorie d'hémorragie dans le cancer du Rectum au début.

Il est plus difficile de les interpréter que de les définir. Et d'abord on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement avec des faits analogues que l'on observe dans le cancer de l'utérus. M. le Professeur Forgue, dans ses cliniques, signale souvent des cas de cancer de l'utérus évoluant au début avec une latence fonctionnelle absolue jusqu'au jour où une abondante métrorragie vient effrayer le malade et l'amène à consulter.

Cette hémorragie présente tous les caractères de cel-

les que nous étudions et est symptomatique des cancers du corps.

De même on a rapproché ces rectorragies précoces des hémoptysies constituant le premier signe clinique de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire et on a parlé de « rectorragies précancéreuses » par analogie avec les « hémoptysies prétuberculeuses » se montrant chez un sujet sain jusque là au moins en apparence ne s'accompagnant pas de fièvre, l'auscultation restant négative. Elle peut-être l'unique manifestation d'une tuberculose pulmonaire momentanément latente. C'est l'hémotypsie d'alarme.

Ces rapprochements permettent des hypothèses pour éclairer la pathogénie de ces rectorragies d'alarme.

Faut-il éliminer la possibilité d'hémorroïdes ? On pourrait objecter en effet que les hémorragies qui se montrent très précocement surtout celles qui précèdent de plusieurs mois et même d'années la période d'état du cancer du Rectum sont le fait non de l'épithéliome mais d'hémorroïdes précancéreuse. Le Professeur Quenu répond à celà que «les malades n'accusaient aucun symptôme d'hémorroïdes auparavant, et que d'une manière progressive l'hémorragie initiale a été reliée aux autres phénomènes morbides sans aucune interruption franche de longue durée, comme il eut du exister si l'hémorragie et le cancer avaient été deux faits étiologiquement indépendants ».

Faut-il pousser le rapprochement avec les hémoptysies prétuberculeuses jusque dans leurs causes anatomiques, et faut-il voir dans l'état précancéreux une congestion de la muqueuse comme celle que Tripier et Bard ont décrite pour le poumon sous le nom de « pneumonie hémorragique » ?

Certains auteurs et Quenu en particulier trouvent que ces hémorragies initiales correspondent à une période

où « l'ulcération est peu accentuée si tant est qu'elle existe déjà » et font jouer volontiers un rôle aux ectasies veineuses péricancéreuses ou sous jacentes, hémorroïdes secondaires ou symptomatiques en somme du cancer du Rectum.

Enfin d'autres pensent que c'est bien l'ulcération néoplasique et les bourgeons cancéreux qui font saigner ou saignent. Il s'agit de la rupture de vaisseaux dont les parois sont gagnées par l'ulcération.

Il faut penser à notre avis que c'est là le mécanisme habituel, sans négliger toutefois le rôle des hémorroïdes secondaires, des poussées d'hypertension et de congestion entretenues souvent par de la stase fécale qui jouent certainement un rôle dans le déterminisme de la rupture vasculaire.

Les saignements

Les hémorragies ne se présentent pas toujours avec les caractères nets que nous avons étudiés dans la forme précédente. Souvent elles n'en ont ni l'abondance ni la spontanéité et nous désignons sous le nom de saignements les pertes sanguines peu abondantes émises en général à l'occasion d'une selle d'un lavement, d'une exploration rectale.

Ces saignements se retrouvent souvent au début clinique du cancer du Rectum. C'est la forme la plus couramment observée et dans les 38 observations que nous avons recueillies nous les retrouvons 17 fois. Ce sont celles que les malades désignent quand ils se plaignent de faire du sang. Mais elles sont peut-être plus trompeuses que la forme précédente qui au moins à l'avantage d'amener le malade au médecin. Les saignements sont connus comme étant le fait d'hémorroïdes et n'effrayent pas.

Observation (due à l'obligeance du Professeur Forgue) — A. J. 57 ans. Journalier, entre le 18 septembre 1919. Salle Delpech 13, hôpital suburbain. Début il y a deux mois par petites hémorragies intestinales. Sang pur en petite quantité dans les selles. Une fois gros caillot noir. Depuis a eu souvent un peu de sang dans les matières quelques débris, fausses membranes surtout ces derniers temps. Matières étirées, minces, volume du petit doigt à peine. Fétidité très marquée.

Pas de douleur pendant les selles. Souffre un peu après. Sa sensation dominante est celle de pesanteur avec prurit anal, constipation opiniatre.

Rien aux appareils sinon pollakiurie nocturne, pas d'hématurie rien de pathologique dans l'analyse d'urine.

Rien dans les antécédents.

Toucher. Tumeur perceptible occupant l'ampoule, surtout à gauche et en avant. La lésion forme un cratère à bords très saillants obliquement dirigé de droite à gauche et descendant plus bas à gauche. On peut la déplacer avec le doigt en haut. Mais elle est intimement soudée aux plans antérieure et parait avoir envahi la prostate.

Le 19. 9-19, sous Rachianesthésie. Anus iliaque.

Observation (professeur Quenu). — Jeune fille 17 ans. Salle Terrier, 24 avril 1914. En juillet présence de sang dans les selles. On lui prescrit, sans examen direct des bains de siège. Les hémorragies rectales apparurent à intervalle de 12 à 15 jours, accentuant la faiblesse déjà grande. Constipation opiniatre, ne va que par lavement. Quelques mois plus tard fait un long séjour dans un hôpital des environs de Paris, il existe des envies fréquentes qui n'aboutissent qu'à l'expulsion de gaz ou de glaires sanguinolentes, parfois de sang. Voit le professeur Quenu au mois d'avril ; jusque là le toucher rectal n'avait

jamais été pratiqué. A 4 centimètres de l'anus le doigt rencontre une masse dure occupant les trois quarts postérieurs de l'ampoule adhérente en arrière au sacrum et limitable en haut. L'abaissement du Rectum est très pénible à l'intervention. Deux mois après résultat opératoire satisfaisant.

Observation (Mondor). — Mme B. 45 ans. Du sang dans les gardes robes depuis près de deux ans. En janvier 1908, hémorragie. En octobre 1908, glaires qu'elle ne peut retenir. Douleurs dans les cuisses. Juin 1909, au toucher rectal tumeur inégale saillante à la partie supérieure de l'ampoule. Le 13 novembre amputation abdomino périnéale. Le 16 novembre le bout inférieur de l'intestin est manifestement sphacelé. va bien en décembre 1912.

Observation (Mondor). — R. 63 ans, diabétique. Depuis six mois fausses envies et hémorragies par l'anus précédent les selles, quelquefois sans selles. Toucher à la partie supérieure de l'ampoule, ulcération cratériforme, demi circulaire, occupant la paroi postérieure. Limite supérieure inaccessible au doigt. Le 27 juillet 1911, amputation abdomino périnéale en trois temps avec conservation sphincter et abaissement, facile du colon. Huit mois après continence incomplète ; périnéorraphie postérieure avec excision de la cicatrice fibreuse. Actuellement la malade va très bien et retient très bien ses matières.

Observation (Mondor). — Mme S. 59 ans. Depuis longtemps constipée, depuis 3 ou 4 mois, sang dans les gardes robes, sang rouge ou noir. Actuellement douleur sacrées et selles fréquentes. Toucher tumeur ampullaire commençant à l'anus, s'étendant à 6 centimètres au dessous. Le toucher provoque l'écoulement de liquide

glaireux sanguinolent. Biopsie : épithélioma cylindrique. Ablation périnéale du Rectum (Hartmann).

Observation (Mondor). — Mme R., Pendant six mois diarrhée, souvent sang précédent les matières, épreintes. Amaigrissement Toucher cancer ampullaire, sténosant, limite supérieure inaccessible.

Observation (Mondor). — M. H. soixante ans. Depuis novembre 1909, coliques et selles difficiles. Sang dans les selles. Toucher cancer ampullaire ne laissant pas passer le doigt. Tentative d'amputation rectale. Mort.

Observation (Mondor). — B. trente quatre ans. Il y a quinze mois rend par l'anus, glaires, eaux rousses et sang depuis deux mois souffre de l'anus. Toucher : cancer ampullaire.

Obseervation (Mondor). — C., quarante huit ans. Depuis trois ou quatre ans quelques faux besoins et un peu de sang. Il y a un an besoins impérieux, six à dix gardes-robes par jour. Toucher cancer ampullaire stenosant.

Observation (Mondor). B. soixante-quatre ans. Il y a un an envies fréquentes et sang noir recouvrant les matières diarrhéïques : quelquefois sang pendant émission de gaz à chaque miction besoin de garde-robe. Toucher canncer du haut rectum.

Observation (Mondor). — Marie F. trente quatre ans Depuis huit mois trois ou quatre selles par jour et sang rouge sur les matières. Vives douleurs sacrées depuis cinq mois. Soignée pour fissure, pour entérite jusqu'à l'apparition d'une grosse hémorragie qui force le toucher rectal.

Observation (Mondor). — C. cinquante cinq ans. Il y a six mois amaigrissement, défécation suivie d'hémorragie. Envies fréquentes. Toucher cancer du haut rectum.

Observation (Mondor). — Ch W. soixante ans. Entre pour diarrhée et hémorragie rectale en juillet 1912. Début il y a quatre mois. Ecoulement abondant d'un liquide rosé par l'anus. Toucher. Cancer de la paroi ant. de l'ampoule.

Observation (Mondor). — Mme R. cinquante trois ans. Entre à Bichat 5 avril 1913, pour petite hémorragie rectale. Toucher : cancer ampullaire paroi gauche du rectum.

A la lecture de ces observations résumées on voit que ces hémorragies diffèrent sensiblement des précédentes et sont justiciables d'un groupement distinct.

Elles n'en ont pas l'abondance et souvent leur quantité peut s'évaluer à quelles cuillerées ce qui permet de leur donner le nom de saignements préférable à celui d'hémorragies. Elles n'en ont pas la brusquerie, commençant par quelques émissions sanguines, se répétant les jours suivants et même plusieurs fois dans la journée. Et se montrent toujours à l'occasion d'une selle ou d'une émission de glaires et de gaz. Dans les selles le sang n'est jamais intimement mélangé aux matières; ceci s'explique par son origine rectale le bol fécal arrivant dans le Rectum déja constitué et condensé. Elles précèdent les selles, parfois les entourent, d'autrefois elles sont émises après elles, le malade arrosant les matières avec le sang comme dans les saignements hémorroïdaires. Ce sang est presque toujours du sang rouge, mais sa petite quantité lui permet parfois d'être toléré dans le Rectum pendant plusieurs heures sans commander l'évacuation et il est rendu sous forme de sang noirâtre ou sous forme de caillots. Comme nous l'avons noté dans la première observation de ce chapitre.

Dans quelques cas la précocité de ce signe est très grande ce qui ajoute à sa valeur de diagnostic et nous

avons relevé dans l'observation suivante une précesssion de trois ans avant que le malade ne vienne consulter.

Observation (Mondor). — Homme entre à Bichat, en novembre 1909. Il y a 5 ans du sang mêlé à des glaires foncées vint après des défécations douloureuses pendant une période de 8 jours. Puis ces phénomènes cessèrent pendant 3 ans. De nouveau sang rouge dans les selles. Depuis fausses envies. Pas de douleur. Constipation. N'obtient par lavement que des matières liquides noirâtres. Toucher. Tumeur du haut Rectum très fixée. Anus iliaque.

En résumé, sang rouge, émission fréquente et peu abondante provoquée par une selle, tels sont les caractères qui différencient ces saignements des hémorragies initiales massives.

Il serait superflu nous semble-t-il de rejeter à tous propos les considérations d'ordre pathogénique que nous avons énoncées pour la forme précédente, mais ici il semble bien que ces hémorragies doivent être rapportées au traumatisme provoqué par le passage du bol fécal sur la surface ulcérée du néoplasme sans que doivent intervenir les notions d'ectasie ou de congestion de la muqueuse, nécessaires pour expliquer l'abondance et la précocité de la forme précédente.

Filets de sang dans les selles

La troisième forme que nous voulons envisager n'offre pas les caractères nets que nous retrouvons dans les deux précédentes. Il s'agit ici de parcelles de sang, souvent de liquide sanguinolent mélangés aux matières ou aux glaires et se montrant toujours avec d'autres symptômes, soit de la diarrhée, soit des envies fréquentes.

Néanmoins leur présence n'est pas négligeable et il convient de tenir compte de ce signe dans le début de l'affection.

Observation (professeur Quenu). — Homme de 63 ans. Premiers troubles consistent en quelques filets de sang rouge et envies fréquentes (quatre à cinq par jour). On diagnostique entérite Quelques mois plus tard des caillots dans les selles. Amaigrissement rapide. Huit mois après seulement le toucher rectal est pratiqué. Cancer ampullaire de la paroi antérieure.

Observation (Mondor). — H. . . 60 ans. 6 janvier 1911, salle Bichat. En juillet 1910, brusquement diarrhée, glaires et filets de sang. Puis douleurs et amaigrissement (17 kilogs en 6 mois), cancer rectosigmoïdien.

Observation (Mondor). — A. H. 53 ans. Il y a 3 mois douleurs violentes ilio-inguinales gauches et filets de sang dans les selles surtout si grands efforts. Cancer rectocolique inextirpable.

Observation (Mondor). — J. . . . atteint diarrhée chronique. Selles glaireuses. Quelquefois tâches sanguinolentes. On lui dit : entérite dysenteriforme. Plombières. Signes d'envahissement de l'uretus et du col. Sang à la miction. Gaz par la verge avec bruit. Anus iliaque.

Observation (Mondor). — B. . . 34 ans. Il y a quinze mois par l'anus glaires, eaux rousses, quelquefois du sang. Brulures. Anus et douleurs périnéales depuis deux mois. Toucher, lucération de la face postérieure et gauche du Rectum. Amputation périnéale.

Observation (Mondor). — Mme X. 60 ans. Il y a cinq ans (traitée pour entérite depuis) membranes sanguinolentes dans les matières. Depuis un mois diarrhée et

pertes purulentes. Cancer étendu, ampullaire et du haut Rectum.

Observation (Mondor). — M. . . 31 ans. Depuis six mois douleurs anales et mucosités sanglantes. Traité pour fissures, dilatation. Ensuite douleurs. Toucher ulcération de la paroi postero latérale de l'ampoule. Amputation abdomino périnéale.

Observation (Mondor). — F. . . . 34 ans. Il y a six mois selles plus nombreuses. Glaires sanguinolentes. Douleurs au dessous de l'ombilic survenant par crises. Amputation périnéale pour cancer recto sigmoïdien.

Observation (Mondor). — M. B. Il y a dix mois mucosités filantes teintées de sang dans les gardes robes. En août 1909, hémorragie. Mai 1910 touche à bout de doigt bourgeons durs à peine perceptibles. Toucher vaginal : fibrome utérin. Hystérectomie subtotale et amputation abdomino périnéale du Rectum.

Cette troisième forme d'émissions sanguines se trouve dans neuf cas parmi les 38 observations que nous avons résumées. Leur précocité est parfois très grande comme dans les autres formes, mais elles apparaissent presque toujours avec d'autres signes dont les plus fréquents sont la diarrhée, les selles glaireuses. Néanmoins leur valeur nous paraît indiscutable. Le sang émis entourent les matières, ce sont des stries de sang rouge en général qui relèvent vraisemblablement aussi du traumatisme effectué par le bol fécal sur la surface néoplasique ou sur ses abords présentant des lésions de rectite.

Considérations
concernant le diagnostic de ces hémorragies

Le médecin pense volontiers au cancer de l'estomac quand une malade se plaint de troubles dyspeptiques ou présente des hématémèses avec amaigrissement mais il paraît songer beaucoup moins au cancer du Rectum quand ce malade se plaint de cet organe et en particliers d'hémorragies. Cependant nous croyons avoir montré par les nombreux exemples que nous rapportons combien ce signe est fréquent et précoce ; mais il se retrouve dans des affections d'apparences banales du rectum principalement les hémorroïdes et l'entérite dysenteriforme si bien que certains auteurs ont décrit un cancer ano rectal à forme dysentérique. Combien de malades arrivent au chirurgien avec le diagnostic d'hémorroïdes à l'examen on leur trouve un néoplasme inopérable souvent. Mondor cite dans sa thèse le cas d'un malade opéré d'hémorroïdes sans que le toucher rectal ait été pratiqué et portant dans le haut du rectum un énorme cancer ampullaire déjà ancien.

A la lecture de nos observations on se rend compte qu'un toucher rectal pratiqué à l'apparition des hémorragies ou des pertes sanguines eut permis de porter au début le vrai diagnostic et d'améliorer pour beaucoup de malades le pronostic opératoire. Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre l'étude du diagnostic de ces formes hémorragiques au début du cancer du Rectum avec toutes les affections à tableau clinique semblable. Mais nous voudrions que de ce travail se dégage la notion qu'en présence d'un malade présentant du sang dans ses selles ou en dehors d'elles, seuls les carac-

tères des hémorragies sont absolument incapable de fixer un diagnostic. Il est pour le médecin un impérieux devoir celui de pratiquer le toucher rectal. Albert Mathieu prétend qu'il faut entreprendre une «croisade» en faveur du toucher rectal. Savignac n'a-t-il pas constaté l'existence d'un cancer du Rectum chez un homme qui n'avait jamais souffert, menait une vie très active, montait à cheval et qui avait seulement présenté par l'anus des hémorragies rejetées d'abondance variable.

Le cancer du rectum est la localisation dans le tube digestif dont le diagnostic est certainement le plus facile en raison de l'exploration directe que lon peut pratiquer ; pourquoi ne pas profiter de ce précieux avantage!

CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies représentent un des signes de début les plus fréquents et les plus précoces du cancer du Rectum.

II. — Leur apparition et leur abondance permet de les classer toutes parmi les trois groupes suivants :

1° Les hémorragies initiales massives ;

2° Les saignements.

3° Les filets de sang dans les selles.

III. — Le médecin a le devoir absolu de pratiquer le toucher rectal :

1° Chez tout malade qui perd du sang par l'anus en dehors ou à l'occasion des selles.

2° Chez tout malade qui se plaint d'hémorroïdes.

3° Chez tout malade qui est soupçonné porteur d'hémorroïdes.

4° Chez tout malade présentant des hémorroïdes. Les hemorroïdes n'excluent pas le cancer.

OUVRAGES CONSULTÉS

QUENU. — Symptômes du début et diagnostic précoce du cancer du Rectum. (Bulletin Médical, Paris, 25 juillet 1914, N[os] 58.)

MONDOR. — Etude sur le cancer du Rectum. Thèse de Paris, 1914-1915, N[os] 11. (Bibliographie complète.)

QUENU. — Etude clinique sur le cancer du Rectum. Revue chirurgie, 1897.

DELBET. — Contribution à l'étude du cancer du Rectum. Société des chirurgiens de Paris, 1[er] Mai 1914.

PRIEDEL. — Les Rectocolites hémorragiques erosives. Traitement

BENSAUDE et BARADUC. — De la fréquence de la confusion du cancer rectocolique avec l'entérite muco-membraneuse. Journal des Praticiens, N[os] 20, 16 mai 1912

CHALLIER. — Thèse de Lyon, 1909.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 17 juillet 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 juillet 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.